FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939 — THESE N° 411

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jeanne NARDONNET

Née le 8 novembre 1912 à Vallières (Creuse)

Contribution à l'Etude du Diagnostic Etiologique des Annexites chroniques

(Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca)

Président : M. MOCQUOT, *Professeur.*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ECOLE DE MÉDECINE

1939

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555816_0076

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939 — N° —

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jeanne NARDONNET

Née le 8 novembre 1912 à Vallières (Creuse)

Contribution à l'Etude du

Diagnostic Etiologique des Annexites chroniques

(Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca)

Président : M. MOCQUOT, *Professeur.*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ECOLE DE MÉDECINE

1939

LE DOYEN : TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER. CARNOT. CLERC. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO. GOSSET. GREGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. JEANNIN. LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE. MULON. OLIVIER. VERNE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
AMELINE ..... Pathologie chirurgicale
BARIETY ..... Pathologie médicale.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (E).. Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin), Hydrologie.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BULLIARD..... Histologie.
CATHALA ..... Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
COSTE..... Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
FEY..... Urologie.
FUNCK..... Pathologie chirurgicale
GALLIARD..... Parasitologie.
GASTINEL..... Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
GAYET..... Physiologie.
DE GENNES.... Pathologie médicale.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENEAU... Pathologie médicale.
HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
HAZARD..... Pharmacologie.
HUGUENIN..... Anatomie pathologique
JOANNON..... Hygiène.
LACOMME..... Obstétrique.

MM.
LANTUEJOUL.. Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
LARVIER..... Parasitologie.
LELONG ..... Pathologie médicale.
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâtrie.
MENEGAUX.... Pathologie chirurgicale
MOLLARET.... Pathologie médicale.
MOREAU..... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN..... Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
PIEDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES..... Obstétrique.
RENARD ..... Ophtalmologie.
RICHET..... Physiologie.
SANNIE..... Chimie biologique.
SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
TROISIER ..... Pathologie expérimentale
TURPIN..... Pathologie médicale.
VIGNES..... Obstétrique.
WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM.
ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
BUSQUET..... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
GUÉNOT..... Obstétrique.
HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale

MM.
LARDENNOIS .. Pathologie chirurgic.
LE LORIER.... Obstétrique.
SCHWARTZ .... Clinique chirurgicale.
VAUDESCAL... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE. Clinique médicale.
AUBERTIN..... Clinique médicale.
BRULE ..... Clinique médicale.
CHABROL ..... Clinique médicale.
PONZELOT ..... Clinique médicale.
PUVOIR ..... Clinique médicale.
TIAN ..... Clinique médicale.
PASTEUR-VALLERY-RADOT Clinique médicale.

MM.
SEZARY ..... Clinique médicale.
BASSET ..... Clinique chirurgicale.
BROCQ ..... Clinique chirurgicale.
CADENAT ..... Clinique chirurgicale.
GATELLIER .... Clinique chirurgicale.
MOURE ..... Clinique chirurgicale.
QUENU..... Clinique chirurgicale
VELTER ..... Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE..... Clinique obstétricale.
METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique
RUPPE..... Stomatologie.
WEILL-HALLE ... . Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance, et avec toute mon affection.

A MON FIANCÉ

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BROCA

Pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PALMER

CHEF DE TRAVAUX PRATIQUES DE GYNÉCOLOGIE

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail; en témoignage de notre gratitude.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur CARNOT
Monsieur le Professeur OMBREDANNE
Monsieur le Professeur FIESSENGER
Monsieur le Professeur LENORMAND
Monsieur le Docteur LOUIS RAMOND
Monsieur le Professeur LEVY-SOLAL
Monsieur le Docteur TOURAINE
Monsieur le Professeur LEMIERRE
Monsieur le Professeur TERRIEN
Monsieur le Professeur LEMAITRE

INTRODUCTION

Le triomphe de la chirurgie dans les lésions inflammatoires des annexes de l'appareil génital féminin avait pu faire croire au début que toute salpingite, quelle qu'en soit la nature et l'étiologie relevait de l'exerèse chirurgicale systématique.

Cependant l'apparition de moyens thérapeutiques nouveaux a fait naître des tendances plus conservatrices en même temps que se développait et se précisait l'emploi des vaccins, de l'actinothérapie et de la diathermie, en même temps que se généralisait l'usage des cures thermales.

Mais avant d'appliquer à une lésion annexielle un traitement spécifique ne faut-il pas d'abord poser un diagnostic étiologique aussi précis que possible ?

Au cours de notre stage à la consultation de gynécologie de M. le Professeur Mocquot à l'hôpital Broca nous avons été frappée par l'importance de la question et il nous a paru intéressant de relater ici quelques moyens d'investigation nouveaux, mis en œuvre dans le service pour établir ce diagnostic étiologique.

Voici le plan que nous suivrons au cours de notre étude :

1° *Intérêt de ce diagnostic.*

2° *Comment faire ce diagnostic ?*

1) par les circonstances où l'annexite s'est installée,

2) par les signes fonctionnels,

3) par l'état général,

4) par l'aspect local,

5) par des explorations complémentaires en insistant sur la gono-réaction.

3° *Observations.*

Avant d'entreprendre notre travail nous tenons à exprimer ici nos remerciements et notre reconnaissance à M. le Docteur Palmer qui nous a inspiré cette thèse et nous a si utilement dirigée de ses conseils.

Nous remercions également M. le Professeur Mocquot qui a bien voulu nous accueillir dans son service et nous confier les observations de ses malades.

CHAPITRE PREMIER

INTERET DU DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DES ANNEXITES CHRONIQUES

1° Eviter certaines médications nuisibles.

Il est classique en présence d'une affection annexielle de rechercher des antécédents de blennorragie ou d'infection puerpérale, en cause dans la plus grande majorité des cas. Il ne faut pas cependant négliger les autres étiologies sous peine de s'exposer à de graves erreurs de thérapeutique.

Après avoir éliminé la syphilis et l'actinomycose exceptionnellement rencontrées, les intoxications et les infections générales qui peuvent retentir sur les annexes, il faudra penser aux affections intestinales et surtout à la tuberculose beaucoup plus souvent responsable que ne le croyaient les auteurs anciens. Les annexes représentent en effet une fois sur 100 la localisation de la tuberculose chez la femme. Remilly en signalait 28 cas en 20 ans. J. L. Faure en trouva 76 cas sur 4.000 salpingites soit 19%. D'après des

statistiques plus récentes faites par le Professeur Mocquot qui pratique systématiquement des coupes en vue de l'examen histologique des annexes retirées au cours d'une intervention chirurgicale le B.K. représente 10% des causes.

Or la tuberculose annexielle relève d'un traitement tout à fait spécial et la plupart des médications applicables à une salpingite chronique banale se révèleraient ici inefficaces et même dangereuses. La vaccinothérapie par exemple qui fait merveille dans les annexites puerpérales ou gonococciques est désastreuse en cas de tuberculose en sollicitant de l'organisme déjà fatigué par sa lutte contre le B.K. un effort supplémentaire épuisant et inutile. La persistance ou plus souvent l'aggravation des lésions annexielles au cours d'une vaccination doit faire penser à la tuberculose ; c'est presque un traitement d'épreuve qu'il est préférable d'éviter.

Il faut également éliminer l'étiologie tuberculeuse avant de prescrire une cure thermale dans une station gynécologique. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que les eaux chlorurées sodiques fortes, type Salies de Béarn sont alors formellement contre-indiqués.

Les eaux de plus faible minéralisation comme Bourbonne les Bains, Bourbon Lancy ou à minéralisation indéterminée comme Luxeuil ou Néris, bien

que moins nuisibles n'apporteront aucune amélioration si les fatigues de la cure ne viennent pas aggraver l'état général.

Enfin l'étiologie tuberculeuse reconnue, permettra de différer une intervention chirurgicale sur une lésion chronique car la mortalité primaire reste malgré tout assez élevée, il faut craindre la formation de fistules, la cicatrisation longue et difficile de la plaie, la dissémination du B.K. et l'apparition de tuberculose miliaire ou de méningite après l'opération.

2° **Associer aux thérapeutiques générales ou thermale une thérapeutique spécifique.**

L'origine tuberculeuse éliminée, la diathermie devient applicable à toutes les affections annexielles chroniques. Surtout calmante et curative des névralgies abdominales et pelviennes, elle pourra même dans les annexites blennorragiques tuer le gonocoque par les températures élevées produites dans les tissus. Elle libèrera aussi les adhérences péritonéales et facilitera la libération et la mobilisation des annexes et des organes voisins.

Il est bon également de toujours penser à la crénothérapie si efficace dans toutes les affections génitales chroniques. L'action de la cure thermale s'ajoute utilement à celle des agents médicamenteux physiques ou chimiques employés simultanément, et, à

condition d'être prescrite au bon moment et sous une forme bien choisie constitue pour le médecin un moyen de guérison, ou du moins d'amélioration certain.

Les eaux salines de Salies de Béarn, par exemple, conviennent aux lésions anciennes, refroidies pour lesquelles on ne risque pas de provoquer de recrudescence. Elles facilitent la résorption des exsudats et empâtements péri-utéro annexiels, stimulent la circulation générale et favorisent l'hématopoïèse.

Luxeuil par ses propriétés sédatives de premier ordre convient aux formes douloureuses chez les femmes nerveuses et agit en même temps sur l'état général en le tonifiant. On y enverra utilement les malades atteints de phlegmasies génitales, de cellulite, de sclérose utéro annexielle, de salpingo-ovarites chroniques, de dysménorrhée.

Les infra-rouges sont utiles dans toutes les névralgies abdominales ; on les emploie ici comme sédatif du spasme colique, pour libérer les adhérences péritonéales, mais ce n'est là qu'une thérapeutique palliative.

Tous ces traitements trouvent leur indication dans la plupart des annexites puerpérales, blennorragiques ou intestinales mais leur action se trouve extraordinairement renforcée par association avec une thérapeutique spécifique qui ne peut être instituée qu'après détermination d'un diagnostic étiologique précis.

La vaccination non spécifique, produite par des toxines différentes de l'espèce microbienne qui a

déterminé l'infection ne semble agir que par choc colloïdocasique comme la protéïnothérapie. La vaccination spécifique produite par des toxines de la même espèce microbienne est de beaucoup supérieure dans ses résultats. Les auto-vaccins, quasi impossibles à préparer dans les salpingites chroniques sont remplacés par des stocks vaccins qui donnent des résultats remarquables.

Dans les salpingo-ovarites tuberculeuses on associe à l'actinothérapie et à la rœntgenthérapie, applicables à toutes les malades ne présentant pas de localisation pulmonaire, le traitement général de la tuberculose : cure de repos, suralimentation, hygiène générale, qui hatera la guérison.

Pour les annexites d'origine intestinale, une simple appendicectomie respectant les annexes suffit parfois à la guérison. Dans le même cas la prescription d'un régime alimentaire approprié amène une amélioration sensible.

Enfin une cure thermale spécifique constitue souvent un sérieux appoint thérapeutique.

Le diagnostic étiologique permettra également de porter un pronostic fonctionnel : l'imperméabilité tubaire, moins fréquente dans les affections puerpérales est presque la règle avec le gonocoque qui laisse une lésion de la muqueuse, oblitérant la trompe et entraînant à peu près dans tous les cas la stérilité si la lésion est bilatérale.

CHAPITRE II

COMMENT FAIRE CE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

1° Par les circonstances dans lesquelles l'annexite s'est installée.

La notion d'un accouchement ou d'un avortement septique à l'origine des troubles permettent de penser au streptocoque, au staphylocoque, au colibacille parfois même au vibrion septique. Si le plus souvent dans ces cas-là, le début est bruyant et dramatique, on a vu des infections tardives évoluant très insidieusement dans les six mois consécutifs à l'accouchement ne se traduisant que par une leucorrhée légère qui passe souvent inaperçue, n'altérant nullement l'état général, ne se révélant parfois que par hasard à l'occasion d'un examen gynécologique attentif, à moins qu'une cause quelconque ne vienne déclancher des accidents aigus.

Des antécédents certains de blennorragie aident au diagnostic. Le gonocoque si fréquent dans les métrites

cervicales infecte souvent les glandes de la muqueuse du corps utérin et sous diverses influences accessoires : refroidissement, surmenage, abus du coït et le plus souvent au moment ou à la fin des règles envahit les trompes, à moins qu'une infection microbienne préalable ne soit venue préparer le terrain au gonocoque. Les annexites gonococciques sont celles qui ont le plus tendance à passer à la chronicité.

Des antécédents de colites, de péricolites permettent de penser aux microbes intestinaux, le colibacille, l'enterocoque pouvant envahir et infecter les annexes par diverses voies ; le plus souvent une annexite préexistante et reconnaissant une autre origine s'infecte secondairement par voie intestinale, de même que les lésions des annexes peuvent retentir sur le colon ou l'appendice ; il y a entre ces organes réciprocité de mauvais procédé, les deux-tiers des annexites s'accompagnant d'un syndrome intestinal.

Chez une jeune fille pour qui il faut écarter toute contamination génitale on est en droit de soupçonner le B. K. et il faut rechercher des antécédents de tuberculose et des signes d'imprégnation par un examen clinique général minutieux. Sans vouloir discuter ici si la tuberculose génitale est primitive comme le pensent certains auteurs, ou toujours secondaire comme le veulent certains autres, on est en droit de penser que la notion d'antécédents bacil-

laires est toujours précieuse et peut aider maintes fois au diagnostic. Greenberg rapporte que dans la moitié des cas où le diagnostic exact fut posé, ce fut grâce à la notion d'une ascite antérieure ou concomitante. Les lésions pulmonaires associées sont assez rares. Greenberg trouva deux cas de signes de probabilité de tuberculose des sommets sur 76 malades atteintes d'annexite tuberculeuse.

Enfin une infection générale, grippe, typhoïde, pneumonie, oreillons etc... dans le passé de la malade peut orienter le diagnostic. Malheureusement dans les affections annexielles chroniques les associations microbiennes sont beaucoup plus fréquentes que dans les formes aiguës, une infection secondaire venant se greffer sur des annexes déjà touchées par un autre germe, et le diagnostic étiologique se trouve de ce fait plus difficile à poser. Par ailleurs des antécédents puerpéraux éloignés ou proches ne doivent pas égarer le diagnostic et faire méconnaître, quelle que soit leur date la nature tuberculeuse d'une salpingo-ovarite.

2° **Signes fonctionnels qui accompagnent l'annexite.**

Les troubles des règles n'apportent rien de très probant par suite de leur banalité. Certains auteurs ont voulu faire de l'aménorrhée un des signes capitaux de l'annexite tuberculeuse. Une statistique de

J. L. Faure publiée dans la thèse de son élève Philippe donne 10 cas d'aménorrhée pour 24 malades soit 41 % dont quatre cas typiques ; pour les autres, arrêt des règles alternant soit avec des menorragies soit avec des métrorragies. Greenberg rapporte 6 % d'amenorrrhée. L'amenorrhée prolongée semble cependant avoir une certaine valeur. Il faut attacher également de l'importance en vue de l'étiologie tuberculeuse probable aux métrorragies prolongées suivies de périodes d'aménorrhée chez des femmes jeunes sans antécédants. Philippe les signale dans 50 %. Geenberg dans 41,5 % des cas. Ce sont plutôt d'ailleurs des ménnoragies prolongées.

Enfin Greenberg signale également comme signe de probabilité de tuberculose la dysmenorrhée des derniers jours des règles qu'il a trouvé dans 62 % des cas.

Des pertes muco purulentes verdâtres sont souvent en faveur du gonocoque alors que la leucorrhée manque parfois totalement dans la tuberculose. Quelquefois on pourra mettre le germe en évidence dans les glaires mais dans les blennorragies anciennes le gonocoque a souvent disparu des sécrétions et il est très rare de le déceler.

Les troubles digestifs intestinaux n'éclairent guère le diagnostic de par leur très grande fréquence. Les 2/3 des annexites s'accompagnent d'un syndrome

intestinal, les 2/3 siègent à gauche, le voisinage du colon semblant en être la cause. Il est souvent difficile de déterminer si les désordres intestinaux ont précédé les lésions des annexes ou leur ont succédé. Cependant l'association d'une appendicite aiguë ou chronique, de colite, sigmoïdite ou périsigmoïdite avec troubles intestinaux persistants peut déjà orienter vers une origine intestinale. Il n'est pas rare enfin de voir les annexites blennorragiques s'accompagner d'un syndrome abdominal douloureux.

Richard Smith rapporte que pendant l'évolution des salpingites de nature gonococcique les malades se plaignaient souvent de crises simulant une cholecystite ou d'une forme particulière de colite de l'angle hépatique droit.

Fitz Hagh au cours d'une intervention d'urgence pour « cholecystite calculeuse » chez une jeune femme présentant une annexite gonococcique trouva la vésicule et les voies biliaires parfaitement intactes mais la face antérieure du foie et le péritoine pariétal et diaphragmatique adjacent étaient le siège d'un processus inflammatoire net et l'on mit le gonocoque en évidence dans l'exsudat. Florian et Claudian, Boller et Makrycostas rapportent plusieurs cas de syndromes douloureux de l'hypocondre droit simulant des cholécystites aigues dans les mêmes conditions et cédant au repos et à la vaccination spécifique.

3° **Etat général**

Les symptômes généraux peu marqués dans les annexites gonococciques ou puerpérales apportent un sérieux appoint pour le diagnostic de l'origine tuberculeuse où ils dominent la scène : la fièvre à grandes oscillations avec montées vespérales plus rarement à type inverse, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement, l'anorexie, l'asthénie sont caractériques d'autant plus qu'ils sont moins en rapport avec les signes locaux.

4° **Aspect local.**

L'aspect local devrait logiquement nous être d'un grand secours mais là encore il n'y a pas de règle absolue et l'intrication des infections complique le diagnostic.

Il est classique de considérer l'unilatéralité des lésions comme en faveur de l'infection puerpérale ou intestinale dont la propagation se fait par metastase tandis que les salpingites gonococciques pour lesquelles la propagation se fait par contiguité, le germe gagnant de proche en proche la muqueuse de la trompe, sont dans la majorité des cas bilatérales.

Les salpingites tuberculeuses sont presque toujours également bilatérales : Greenberg trouva les annexes atteintes des deux côtés 175 fois sur 200 soit chez 87 % des malades

Remilly dans 75% des cas, Neu dans 95% et Polosson 84%.

Alors que la douleur domine dans les salpingo-ovarites à gonocoques, l'absence de douleurs spontanées sauf avant les règles, l'indolence au toucher vaginal sont des caractères de premier plan des annexites tuberculeuses. On est surtout frappé par la disproportion entre les phénomènes douloureux presqu'inexistant et l'étendue des masses parfois considérables que l'on trouve dans les cul-de-sacs.

La forme anatomique des lésions peut-elle être d'un grand secours en vue du diagnostic ?

L'hydrosalpinx qui donne au toucher la sensation d'une tumeur piriforme, régulière à grosse extrémité externe inégalement bosselée de consistance élastique ou rénittente, reliée à l'utérus par une sorte de cordon formé par la portion isthmique de la trompe admet plusieurs étiologies. Roux incrimine la tuberculose dans la majorité des cas. Doleris a trouvé du staphylocoque dans le liquide. On peut penser à une origine puerpérale quand la tumeur est en position élevée, au-dessus du ligament large, l'infection ayant surpris la trompe avant l'involution pendant que l'utérus était encore en position haute, mais des adhérences appendiculaires de n'importe quelle origine peuvent fixer les annexes dans la même situation. Enfin on a vu souvent un hydrosalpinx aseptique se développer

chez des malades indemnes de toute infection génitale ou générale. Forgue avec Doleris et Roulland explique ces cas par la congestion et l'hypersécrétion de la muqueuse tubaire. Expérimentalement chez la lapine ils ont obtenu d'une façon constante la dilatation kystique de la trompe par la seule ligature de l'extrémité interne ; ils admettent que chez la femme cette oblitération est produite par de petits exsudats sanguins au moment des règles et qui s'organisent, ceci chez des sujets à menstruation tubaire exagérée pour une raison ou une autre ; l'hydrosolpinx à la suite de cette obturation se produit facilement par hypersécrétion.

Les nodosités tubaires, en chapelet, surtout quand elles siègent au niveau de la corne utérine sont pour Hogar et Wiedland un signe pathognomonique de tuberculose. Le toucher décèle des annexes peu douloureuses à la pression, petites et allongées transversalement, sinueuses avec un ou plusieurs renflements dans la portion isthmique donnant une sensation moniliforme, en grain de chapelet, les masses sont en général très fixées, très dures, et l'utérus, en anteversion irréductible ou plus rarement en rétroversion est immobilisé dans une masse donnant une sensation de coulée de suif.

Pour Paul Reynier les annexites streptococciques se manifestent par : col utérin fixé, fond utérin non perçu parce que noyé dans une gangue débordant

parfois hors du petit bassin, matelassant les culs de sac, adhérant au sacrum, infiltrant les ligaments larges et remontant parfois jusqu'à l'arcade crurale.

Dans les salpingites gonococciques pour le même auteur, l'utérus est un peu gros et légèrement douloureux, peu mobile, les annexes perçues aisément ; dans les culs de sac latéraux on trouve une ou généralement deux masses du volume d'un œuf ou d'une mandarine, très douloureuse au palper, peu ou pas de pelvipéritonite, pas d'infiltration des ligaments larges.

L'hystérosalpingographie ou l'insufflation tubaire faite du 10e au 12e jour après le début des dernières règles, toutes explorations qui ne doivent être faites qu'avec la plus extrême prudence sur des lésions [illegible] sur la [illegible]. L'obturation bilatérale qui se manifeste par l'absence de signes à l'auscultation abdominale, une courbe caractéristique qui après une ascension brusque se termine par un plateau sans oscillations est en faveur d'une étiologie blennorragique ou tuberculeuse alors que les lésions dues au streptocoque ou aux microbes [illegible] sont le plus souvent [illegible].

3° Explorations complémentaires.

A) Recherche du gonocoque

Enfin le laboratoire par la précision de ses résultats quand ils sont bien interprétés offre à la clinique un

appui précieux notamment pour la recherche du gonocoque. La majorité des annexites chez les nullipares, sont d'origine blennorragique et celles qui surviennent après un accouchement ou un avortement ont souvent la même origine d'où l'intérêt de dépister le gonocoque. On peut le rechercher directement par prélèvement de la sécrétion cervicale pendant les règles ou après réactivation par attouchement au nitrate d'argent au 1/100 pour avoir le maximum de chances, mais dans les blennorragies anciennes le gonocoque a souvent disparu des sécrétions, et cet examen, presque toujours négatif, perd ici toute sa valeur. Souvent donc, malgré des antécédents suspects, il est impossible de mettre le gonocoque en évidence par ce procédé.

On a pensé à utiliser la culture mais c'est une pratique excessivement délicate qui demande d'immenses précautions et dont les résultats ne sont pas toujours certains.

Il était naturel de rechercher une méthode plus probante, ce qui fut réalisé avec la gonoréaction. Elle est pratiquée systématiquement sur les cas douteux, depuis plus d'un an à la consultation de gynécologie de l'Hôpital Broca dans le service du Professeur Mocquot. Nous ne ferons pas ici l'étude de la technique de la gonoréaction ni du choix des antigènes. Pour les malades de l'Hôpital Broca cet examen a été fait

au laboratoire central de l'Hôpital Cochin par le Docteur Demanche, suivant une technique calquée sur les modifications proposées par lui-même pour la réaction de Wasserman ; elle consiste essentiellement dans le titrage précis de l'activité du complexe hémolytique en présence de l'antigène au moyen de doses variables d'ambocepteur et d'une dose constante de complément stabilisé, et par le contrôle de ce titrage au moyen de deux témoins contenant, l'un, la dose insuffisante maxima, l'autre la dose active minima d'ambocepteur. Les antigènes utilisés simultanément ont été :

1° *Le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur*, dilué au 1/10, à la dose de 0 cc. 3 après vérification de l'absence de pouvoir anticomplémentaire.

2° *L'antigène de Debaines, émulsion de corps* microbiens provenant de souches différentes et de préparation analogue à celle du vaccin de l'Institut Pasteur. Les deux antigènes ont donné des résultats similaires, sauf, parfois une légère variation dans l'intensité de la réaction.

Le prélèvement du sang est fait par ponction veineuse, le matin à jeun, en tenant compte des traitements antérieurs, car toute injection de vaccin antigonococcique donne une gono-réaction positive qui persiste deux mois environ après la dernière piqûre. Le fait que la gonoréaction ne devient positive que

trois semaines environ après la contamination ne doit pas nous inquiéter ici où nous envisageons uniquement des lésions passées à la chronicité. Ceci mis à part, on peut considérer qu'une réaction nettement positive a presque une valeur absolue ; des malades, chez qui l'absence de contamination blennorragique était une certitude, n'ont jamais présenté une réaction positive. Une réaction négative n'exclue pas d'une manière définitive l'origine gonococcique et il faut se garder de trancher le diagnostic par ce seul examen si la clinique est en faveur d'une telle étiologie.

Il est bon de pratiquer en même temps que la gonoréaction une réaction de Wassermann ; certains auteurs ne tiennent compte d'une gonoréaction que si le Wassermann est négatif. Il semble que ce soit aller trop loin, telle est aussi l'opinion de Palmer.

En résumé, en l'absence de vaccination antérieure, une gonoréaction positive faite par un sérologiste compétent permet d'affirmer une infection gonococcique en activité ou récemment éteinte. Une gonoréaction négative a une signification beaucoup moins nette.

De janvier 1937 à avril 1939 sur 80 annexites où l'on pratiqua la gonoréaction à Broca il y eu quatre cas douteux et 40 cas positifs soit 50%, proportion qui ne doit pas étonner si l'on pense que la statistique porte uniquement sur des lésions chroniques et si l'on

tient compte de la grande tendance qu'ont les salpingites blennorragiques à passer à la chronicité.

C'est encore au laboratoire qu'on demandera de préciser l'étiologie tuberculeuse d'une annexite. L'atteinte concomitante de l'utérus se rencontre dans 80 % des cas et une biopsie d'endomètre qui montrera des cellules géantes ou des nodules épithélioïdes avec couronnes lymphoïdes signera le diagnostic.

OBSERVATIONS INÉDITES

Voici maintenant quelques ocservations de malades à qui fut faite la gono-réaction et trois observations de salpingite tuberculeuse qu'à bien voulu nous communiquer M. le Professeur Mocquot.

Observation N° 1. — P..., Aladine, 28 ans.

Le 5 octobre 1938, vient pour des douleurs dans le bas ventre bilatérales, dont le début remonte à trois semaines environ, surtout accusées le matin au réveil et le soir au coucher. Pas de fièvre. Pertes blanches abondantes apparues brusquement il y a 8 jours, règles normales.

Antécédents : pas d'enfants, pas de fausse-couche.

Examen : Au toucher vaginal : utérus en rétroflexion, peu mobile, mobilisation très douloureuse.

Annexe droite grosse et sensible.

Au spéculum : endocervicite glaireuse.

Prélèvement cervical et urétral : pas de gonocoques.

Gonoréaction : D +
IP +

On lui prescrit du néo-cocyl : 3 gr. par jour.

Le 7 octobre : mobilisation utérine très peu douloureuse. Utérus moins gros. Endocervite en voie d'amélioration.

Le 13 octobre : Après 8 jours aux sulfamidés, utérus petit, mobile. Mobilisation non douloureuse. Col normal : plus d'endocervicite.

Observation N° 2. — B..., Marcelle, 32 ans.

Le 13 février 1938, vient consulter pour douleurs dans le bas ventre, continues depuis son mariage.

Pertes blanches abondantes, jaunâtres, tachant le linge et l'empesant.

Règles durant 8 jours : sang rouge le premier jour, puis vertes ou jaunes, extrêmement fétides. Règles régulières de moyenne abondance.

Antécédents : 1 enfant. Pas de fausse-couche.

Examen : Utérus en antéversion. Petite masse abdominale à droite. Mobilisation un peu douloureuse.

Gonoréaction : D —
IP —

Ondes courtes.

Observation N° 3. — B..., Etiennette, 27 ans.

Le 28 février 1938 : a présenté une crise de salpingite en octobre 1937. Actuellement douleurs violentes dans le bas-ventre. Pas de pertes. Règles normales.

Examen : Annexe droite sensible au toucher, mais non augmentée de volume. Empâtement du cul de sac gauche. Utérus un peu dévié et fixé sur la gauche.

Gonoréaction : D —
I P —

Prélèvement —

Ondes courtes10 séances.

1er *avril* 1938 : Les règles ont été douloureuses. T.V. Utérus mobile et antéversé. Cul de sac droit : masse annexielle douloureuse.

Au palper : Cul de sac gauche libre.

Spéculum : érosions de la grandeur de 1 fr. sur le col.

Vaccin 10P n° 4 1/4 cc. mèche ficelle.

23 *avril* : Electrocoagulation Bi-Bi.

27 *mai* : Col en voie de cicatrisation.

17 *mai* : Utérus légèrement rétroversé. — Paramètre gauche légèrement rétracté. Col d'aspect normal.

Observation N° 4. — R..., Angèle, 31 ans.

11 *juillet* 1938 : rentre dans le service du Professeur Mocquot pour des douleurs dans le bas ventre survenant par crises depuis 3 ans, irrégulièrement, ne correspondant pas aux règles. surtout violentes la nuit et après la fatigue, et, des .pertes épaisses, jaunâtres, empesant le linge.

Ses règles sont abondantes, régulières, durent 2 jours.

Antécédents : Paludisme à 7 mois. Pas d'enfants, pas de fausse-couche.

Examen : Empâtement du cul de sac gauche.

On lui fait trois piqûres de propidon (1, 2, 3 cc.) du 14 au 20.

très peu mobile. T.Vilfiltration

27 *juillet* : Gros col, très irrité.Glaires purulentes.

T.V. gros utérus très peu mobile.

Toucher rectal : légère infiltration du ligament utéro-sacré gauche.

Elle reçoit une série de propidon, des lavements chauds, de l'air chaud, des bains salés.

4 *août* 1937 : Les douleurs sont réapparues dans le bas ventre. Elle a des pertes rouges 6 jours après ses règles qui durent 2 jours.

6 *août* : A l'examen : T.V. gros col, utérus normal, infiltration à gauche.

Spéculum : très gros col, irrité, glaires très abondantes. Erosions de la grandeur d'une pièce de 2 fr.

Gonoréaction : D +
IP —

On lui fait de la diathermie, des vaccins, de l'électrogulation.

Observation N° 5. — D..., Lina, 35 ans.

24 *décembre* 1938 : Envoyée de Saint-Antoine pour une ménorragie depuis ses dernières règlesqui ont commencé le 4 décembre.

Examen : Col légèrement entr'ouvert, utérus donnant l'impression d'un utérus gravide. Réaction de Friedman négative.

3 *janvier* 1939 : TV. Utérus en antéversion, masse annexielle droite douloureuse, exo et endocervite.

Prélèvement cervical : négatif.

Gonoréaction : D +
IP +

3 janvier :	vaccin	I O D	n° 4	1/4 cc.	mèche
6	—	—	I O D	n° 4	1/2 cc.	—
10	—	—	I P	—	3/4 cc.	—
13	—	—	—	—	3/4 cc.	—
17	—	—	—	—	1 cc.	—
20	—	—	—	—	1 1/4 cc.	—

31 *janvier* : Dernières règles du 24 au 29 peu abondantes, non douloureuses. Electrocoagulation.

28 *avril* 1938 : Col normal.

T.V. : Rien à gauche, à droite petite masse non douloureuse.

Utérus normal en antéversion, mobile.

Observation N° 6. — R..., Henriette, 27 ans.

13 *février* 1939 : Vient consulter pour douleurs de la fosse iliaque depuis 7 ans, survenant par crises, durant 1 ou 2 jours, une dizaine de jours avant ses règles.

Pertes blanches jaunâtres abondantes surtout pendant les dix jours qui précédent les règles.

Antécédents : 1 enfant. Pas de fausse-couche.

Métrite soignée depuis 7 ans.

Examen : Petites glaires non filantes.

Col normal : Pas de métrite.

Utérus en rétrodéviation. Mobilisation douloureuse

à droite et en arrière. Annexes douloureuses, dures et fixées.

Ondes courtes.

Gonoréaction : D +
I P +

6 *mars* : Après 4 séances d'ondes courtes, mêmes symptômes.

Glaires transparentes mêlées de sang assez filantes.

Utérus en rétroversion.

3 *avril* : Souffre depuis le 30 mars sur le côté droit. Quelques pertes peu abondantes 6 jours après la fin des dernières règles pendant 3 jours.

Spéculum : sécrétion cervicale abondante.

Utérus en rétroversion complète douloureuse.

Observation N° 7. — P..., Germaine, 33 ans.

Le 15 *janvier* 1938 vient consulter pour des pertes blanches depuis longtemps. Les règles sont régulières non douloureuses.

Examen : T.V. masses annexielles bilatérales, douloureuses à gauche, mobilisation utérine douloureuse.

Spéculum : vaginite granuleuse.

Trichomonas +++

Gynoplix — Gynolactomose.

Gonoréaction : D +
I P +

Vaccins.

Observation N° 8. — B..., Raymonde, 18 ans.

Le 13 *novembre* 1937 vient consulter pour douleurs bilatérales dans le bas ventre, douleur paroxystique survenue il y a trois jours, calmée par le repos au lit.

Pertes jaunâtres abondantes, empesant le linge, depuis la puberté.

Crise douloureuse semblable il y a 8 mois.

Régles régulières très abondantes douloureuses.

Examen : T.V. Annexe droite sensible, un peu augmentée de volume. Col normal.

Le 20 *novembre* 1937 :

Gonoréaction : D —

I P —

Les douleurs abdominales sont terminées.

Les pertes persistent en abondance et caractère.

La petite masse annexielle droite est très sensible.

Observation N° 9. — L...., Andrée, 23 ans.

Le 8 *novembre* 1937 vient consulter pour des douleurs de la fosse iliaque droite ayant commencé en juin.

Pertes blanches abondantes.

Métrorragies d'avril et juin.

Régles irrégulières.

Examen : Mobilité utérine douloureuse de G. à D. Masse annexielle. Pertes muco purulentes abondantes Endocervicite.

Gonoréaction : D —

I P —

Diathermie : 10 séances.

17 *novembre* 1937 : Mobilisation utérine peu douloureuse. Masse annexielle sensible à droite.

Observation N° 10. — R...., Mathilde, 29 ans.

Le 23 *mai* 1937 vient consulter pour des douleurs à la suite d'une salpingite aiguë il y a 6 semaines.

Normalement réglée.

Douleurs très vives.

Rétroversion.

Examen : Douleurs à la mobilisation surtout de gauche à droite. Masse annexielle fixée dans le Douglas se confondant avec le fond utérin.

12 séances d'ondes courtes produisent une amélioration sensible, les douleurs du bas ventre et de la région lombaire se sont atténuées.

10 autres séances d'ondes courtes ne produisent aucune amélioration. Rétroversion très douloureuse.

28 *aout* 1937 :

Gonoréaction : D +
IP +

29 *mars* 1938 : Revient pour douleurs abdominales.

Pertes blanches.

Diathermie.

Observation N° 11. — D..., Marie-Louise, 21 ans.

Le 6 *décembre* 1937, vient consulter pour règles abondantes régulières non douloureuses pertes blanches abondantes jaunâtres empesant le linge depuis 2 ou 3 ans. Douleurs dans le bas ventre.

Examen : douleur à la mobilisation utérine, annexe G un peu augmentée, un peu sensible

Col normal.

Gonoréaction : D —
P —

Ondes courtes

31 *octobre* 39 : douleurs à la mobilisation utérine. Rétraction douloureuse du paramètre.

Pertes épaisses.

4 *novembre* 38 : biopsie : Etat folliculino luteinique de la muqueuse, début de transformation deciduiforme. Glycogène.

13 *octobre* 39 : sécrétion jaunâtre dans le cul de sac postérieur.

P.H. vaginal 4' 8.

Rétroversion.

Pas de douleurs pendant les règles.

20 *octobre* 39 : hystéropexie, salpingectomie gauche, salpingostomie droite.

Observation N° 12. — P..., Marcelle, 35 ans.

Le 31 *janvier* 1938 : vient pour douleurs dans le bas

ventre et les lombes qui ont commencé il y a 8 jours avec exacerbation du côté droit.

Pertes blanches peu abondantes apparaissant surtout à la fin des crises douloureuses.

Règles normales douloureuses surtout le premier jour.

Crises douloureuses environ tous les deux mois sans rapport avec les règles.

Antécédents : 2 enfants, 2 fausses couches.

Examen : Utérus très gros, cul de sac droit et gauche libre.

Douleur à la mobilisation utérine de droit à gauche.

Grosse glande de Batholin droite.

Col avec quelques œufs de Naboth sans érosion.

Gonoréaction : D —
I P —

Diathermie.

1er *février* 38 : Diathermie.

Pas de trichomonas.

Observation N° 13. — S..., Emélia, 30 ans.

16 *mai* 1938 : vient pour crises douloureuses du bas-ventre ; il y a 2 mois, température à 38° au moment de la crise. Traitée au propidon.

Les douleurs existent depuis 3 ans avec exacerbation au moment des règles, s'accompagnant de pertes blanches empesant le linge.

Actuellement, douleurs du bas-ventre à irradiation lombaire.

Règles douloureuses les deux premiers jours depuis la puberté, abondantes, régulières.

Antécédents : 3 enfants, 2 fausses-couches.

Pyélonéphrite lors de chaque accouchement.

Examens : au T.V. : cul de sac g. empâté et douloureux

Mobilisation douloureuse.

Au spéculum gros col avec érosion de la lèvre antérieure.

17 *mai* : Utérus en antéversion.
Paramètre gauche rétracté.
A droite annexe perceptible et sensible.
Gonoréaction : D +
I P ±
Ondes courtes.
27 *mai* : ondes courtes.
Gynolactomose.
Gynoplix.

Observation N° 14. — D..., Gabrielle, 48 ans.
18 *octobre* 1937 :
Vient pour crises douloureuses du bas-ventre qui se sont accompagnées en septembre et en août d'une température à 38°, soignée alors au propidon.
Règles très abondantes douloureuses depuis 8 ans.
Ménorragie depuis les crises.
Elle a présenté une lésion pulmonaire il y a quelques années.
Examen : Masse annexielle gauche sensible bosselée.
Mobilisation utérine impossible.
Gonoréaction : D +
I P +
Vaccins.
Le 25 *décembre* 37 :
Plus de douleurs.
Masse annexielle en régression.

Observation N° 15. — C..., Marguerite , 24 ans.
Le 3 *janvier* 1938 :
Vient pour douleurs du bas-ventre, du côté droit depuis 3 semaines.
Pertes blanches abondantes tachant le linge surtout les 5 jours avant les règles.
Température à 38°.
Examen : En arrière masse douloureuse à peu près médiane qui semble être l'annexe droite.

Mobilisation utérine peu douloureuse.

Gonoréaction : D +
I P +

Repos au lit.

Calmovarine.

10 *janvier* 1938 : Amélioration. On perçoit le corps utérin en rétroflexion, masse annexielle en arrière.

21 *janvier* 1938 : Plus de masse annexielle.

L'utérus est dans l'axe.

Electrocoagulation Bi-Bi après les règles.

Grosse exocervicite.

14 *avril* 1938 : très nette amélioration.

Observation N° 16. — V..., Anna, 28 ans.

Le 17 *septembre* 1937 : vient pour pertes blanches assez abondantes.

Règles irrégulières retard d'une quinzaine de jours.

Règles douloureuses.

Antécédents : Un curetage en 1933 après un accouchement.

3 enfants.

Examen : Utérus en antéversion.

Grosse masse annexielle droite et postétieure.

B.W. +

Gonoréaction : D +
I P +

Propidon

Observation N° 17. — R..., Raymonde, 24 ans.

16 *octobre* 1938 : Vient pour dysmenorrhée, rétroversion, salpingite double avec douleurs lombaires bilatérales remontant à 5 ans avec pertes verdâtres épaisses empesant le linge.

Aménorrhée depuis 9 mois.

On lui a placé un pessaire, il y a 3 mois.

Examen : Utérus en position normale, à droite,

petite masse annexielle douloureuse, les annexes gauches sont aussi douloureuses.

21 *octobre* : les douleurs ont disparu ; résistance à la palpation des fosses iliaques droite et gauche.

Utérus semblant abaissé, annexes volumineuses bilatéralement.

Repos, lavements chauds, bains salés.

23 *octobre* : les douleurs sont augmentées continues, paroxystiques à droite ou à gauche, quand les pertes sont les plus abondantes.

4 *novembre* :

Gonoréaction : D —
I P —

23 *vovembre* : la rétroversion tend à réapparaître. Salpingite droite collée à l'utérus.

16 *décembre* : col abaissé, un ovaire dans le Douglas à droite.

21 *décembre* : Intervention, salpingectomie gauche et hystéropexie.

Observation N° 18. — P..., Suzanne, 28 ans.

Le 28 octobre 1938 : vient consulter pour stérilité primaire : depuis 4 mois, pertes blanches.

Bien réglée.

Pas de douleur.

Utérus normal, annexes droite et gauche un peu empâtées. Kyste du cul de sac vaginal droit.

4 *novembre* 1938 : Insufflation : Obturation à 200, cède après 15 secondes, la pression tombe avec sifflement à gauche.

25 *novembre* : annexe gauche augmentée de volume, à droite augmentation marquée.

Gonoréaction : D + +
I P + +

Ondes courtes.

Vaccins.

Observation N° 19. — L..., Lucienne, 40 ans.

13 *juin* 1938 : Vient pour douleur dans la région lombaire avec prédominance à droite apparaissant dans la station debout accentuées par la fatigue, ayant débuté il y a un mois.

Pas de pertes blanches. Règles douloureuses le premier jour.

Antécédents : Pas d'enfant, pas de fausses-couche.

Examen : T.V. annexe droite augmentée de volume, dense, rien à gauche.

Spéculum : glaire opaque à l'orifice du col, aucune érosion.

14 *juin* : Prélèvement cervical : négatif.

Gonoréaction : D + +
I P + +

Ondes courtes.

21 *janvier* 1939 : Ondes courtes à continuer.

Observation N° 20. — W..., Olga, 42 ans.

3 *janvier* 1939 : Vient consulter pour douleurs depuis quatre jours dans la fausse iliaque droite et régions lombaire droite. Irradiation vers la cuisse. Douleurs très fortes. Souffre depuis un an mais n'a jamais eu de crises aussi forte.

Température normale.

Nausées, pas de vomissements.

Réglées régulièrement, douleurs 2 ou 3 jours avant les règles, jusqu'au premier jour.

Pertes blanches abondantes tachant et empesant le linge surtout après les règles.

Antécédents : Enfants 3. Fausse-couche 0.

Examens : A droite grosse masse annexielle douloureuse, prélèvement cervical négatif.

Annexite et métrite du col.

Gonoréaction : D +
I P +

Vaccin I O D n° 4 1/4 cc., mèche.

Ondes courtes.

10 *janvier* : vaccin I O D 1/2 cc. mèche.
13 *janvier* : vaccin P P 3/4 cc. mèche.
17 *janvier* : vaccin P P 3/4 cc, mèche.
20 *janvier* : vaccin P P 3/4 cc. mèche.
24 *janvier* : vaccin P P 1 cc. mèche.
3 *février* : Les dernières règles ont encore été douloureuses.
Vaccin P P 1 1/4 cc. mèche.

Observation N° 21. — J..., Madeleine, 20 ans.

14 *juin* 1938 : Vient consulter pour douleurs violentes dans le bas-ventre. Dysménorrhée secondaire.

Crise aiguë de salpingite un an après son mariage.

Reste au lit 2 ou 3 mois. Propidon. Pertes rouges abondantes.

Masse annexielle à droite.

Prélèvement cervical : négatif.

Gonoréaction : D —
I P — —

Electrocoagulation.

Diathermie.

12 *juillet* 1938 : Les dernières règles ont été aussi douloureuses. Légères diminution des troubles depuis la diathermie (pertes rouges et douleurs).

15 *juillet* 1938 : T.V. : Utérus en antéversion. Mobilité suffisante. Masse à droite. Utérus un peu grand. Insufflation tubaire : obturation bilatérale complète, avec douleurs supportables.

16 *juillet* 1938 : Novocaïnisation sympathique lombaire.

2 *septembre* 38 : Utérus en position droite non douloureux, douleur au niveau du ligament rond gauche.

Ovaire et trompe droite normaux.

Ovaire gauche légèrement sensible.

Ondes courtes.

Observation N° 22. — F..., Georgette, 28 ans.

7 *novembre* 1938 : Vient consulter pour deux poussées de salpingite il y a 5 ans et 2 ans. Soignée à la Pitié très irrégulièrement (Propidon ?).

Règles très irrégulières depuis la première poussée salpingienne. souffre la veille et le premier jour des règles. Caillots.

Actuellement : douleurs bilatérales dans le bas-ventre

Pertes blanches empesant le linge.

Fatigue.

Antécédents : 2 enfants. Une fausse-couche il y a 5 ans.

Examens : T.V. : Annexes douloureuses un peu empâtées.

Au spéculum : gros col.

On perçoit nettement les annexes sensibles au palper, surtout à droite.

Prélèvement cervical —

Gonoréaction : D +

I P +

Entre dans le service.

9 *novembre* : propidon 1 cc.

10 *novembre* : propidon 2 cc.

12 *novembre* : propidon 3 cc.

Sort le 13 novembre.

Observation N° 23. — C..., Henriette, 43 ans.

Le 16 *septembre* 1938 : vient consulter pour pertes verdâtres depuis 17 ans, ayant augmenté depuis 2 mois à la suite d'une crise douloureuse bilatérale dans le bas-ventre, avec poussée thermique à 38°.

Actuellement, les douleurs ont diminué. Température normale. Règles régulières normales.

Antécédents : Pas d'enfant. Pas de fausse-couche.

Examen : T.V. : masse annexielle gauche. Poussée récente de salpingite.

Entre dans le service.

Prélèvement cervical : gonocoques.

Gonoréaction : D +
P + +

20 *septembre* : vaccin I O D 1/4 cc. air chaud tous les jours, mèche.

27 *septembre* : Vaccin I O D 1/2 cc., mèche.

30 *septembre* : Vaccin P 3/4 cc., mèche.

5 *octobre* : Vaccin P, 1cc., mèche.

7 *octobre* :Vaccin P 1 1/4 cc., mèche.

12 *octobre* : Vaccin P P 1 1/2 cc. mèche.

14 *octobre* : Vaccin P P 1 1/2 cc. mèche.

15 *octobre* : Plus de douleurs, plus de pertes.

Spéculum : col en assez bon état.

T.V. : Utérus un peu gros. Gros empâtement bilatéral, surtout à droite.

27 *octobre* : Opérée : castration droite, salpingectomie gauche.

20 *janvier* 1939 : Pertes purulentes persistant depuis l'opération, pas de douleurs.

Col normal.

Pertes peu abondantes.

Observation N° 24. — B..., Juliette, 31 ans.

9 *janvier* 1939 :

Vient consulter pour douleurs dans le bas-ventre à gauche, continus avec paroxysme, irradiations lombaires et cruciale gauche, apparues à la date des règles, le 12 décembre.

Pertes rosées très peu abondantes à la suite d'un retard de 2 jours tout à fait inhabituel.

Arrêt de 2 jours et le 17 perd abondamment avec des caillots pendant 8 jours, la douleur a cessé au début de ces pertes et a repris quand elles se sont terminées.

Règles : jusque-là, irrégulières abondantes non douloureuses.

Pertes blanches : quelque fois, jaunâtres, empesant le linge.

Antécédents : pas d'enfants , pas de fausse-couche.

Gonoréaction : D —

I P —

Examen : Col métritique, prélèvement négatif.

T.V. utérus en antéflexion, un peu sensible à la mobilisation, Corne droite très sensible.

A gauche de l'utérus, masse transversale ramollie, allongée, distincte de l'utérus mal limitée indolente.

Douglas libre et indolore.

27 *octobre* 39 : La petite masse a diminué de volume.

Observation N° 25. — A..., Madeleine, 22 ans.

Le 8 *avril* 1938 : vient pour stérilité primaire. Présente des pertes blanches, peu abondantes, tachant et empesant le linge , pas de douleurs.

Salpingite depuis 2 ans.

Examen : annexe gauche sensible, annexe droite normale. Lugol normal.

Gonoréaction : D +

I P +

Ondes courtes.

Observation N° 26. — L..., Raymonde 21 ans.

28 *mars* 1938 : Vient consulter pour dysmenorrhée depuis le début de son mariage, il y a 2 ans. Douleurs avant et après les mictions depuis un traitement pour psoriasis suivi à Saint-Louis.

Depuis un mois, douleurs continues dans le bas-ventre surtout au moment de s'asseoir.

Douleurs bilatérales avec maximum à droite.

Règles régulières un peu douloureuses très abondantes et prolongées, pertes blanches depuis la puberté, empesant le linge.

Appendicectomie il y a 2 ans.

Examen : T.V. à droite masse du volume d'un œuf sensible.

Utérus un peu fixe, à gauche douleur à la mobilisation : annexite.

Gonoréaction : D —
I P —

20 *avril* : Masse à droite persiste. Mobilisation utérine non douloureuse.

27 *octobre* : Utérus antéversé un peu déplacé vers la droite. Rien à gauche.

A droite, on sent les annexes ni douloureuses, ni indurées.

Douglas un peu douloureux.

5 *novembre* : douleur au niveau de la corne droite.

Annexe droite douloureuse.

Corne gauche un peu douloureuse.

Empâtement péri annexiel.

14 *novembre* : après les règles :

Douleurs dans le cul de sac surtout à droite.

Pas d'empâtement.

Plus de pertes blanches.

Quelques vagues douleurs.

18 *novembre* : douleur à la corne utérine droite.

Aucun empâtement.

Annexes non perceptibles.

Ondes courtes.

Observation N° 27. — C..., Marie.

12 *mai* 1938 : Douleurs abdominales basses depuis 6 ans à la suite d'un accouchement. En même temps pertes blanches jaunâtres, empesant le linge, d'odeur fétide. Les douleurs sont devenues plus violentes depuis 6 mois, s'accompagnant de petites poussées thermiques à 38° avec frissons et malaises. Elle a maigri de 5 kg. en 5 mois ; enfin depuis 1 mois à la suite d'un traitement diathermique, les douleurs ont pris

un caractère lancinant insupportable, décidant la malade à entrer à l'hôpital.

Règles régulières, très douloureuses.

Antécédents : 1 enfant, 1 fausse-couche. Appendicectomie.

Examen : Palper abdominal : ventre souple, points douloureux diffus.

T.V. : Utérus normal, mobilisation douloureuse. On sent les annexes gauches volumineuses et douloureuses. Dans le Douglas, induration douloureuse qui peut être la trompe.

T.R. Zone indurée dans le Douglas. Douglas douloureux.

Intervention le 25 mai : résection du nerf présacré : fixation des trompes.

18 *octobre* 1938. Après l'opération, les douleurs ont disparu pendant 1 mois, mais peu à peu, elles ont réapparues plus violentes, douleurs lombaires bilatérales irradiant parfois vers les cuisses.

Pertes blanches abondantes.

Gonoréaction : D —

I P —

Examen : Points douloureux de chaque côté de la colonne lombaire. Les fosses lombaires sont souples.

T.V. : en arrière et à droite du col masse petite, mais très douloureuse.

Rien dans le cul de sac postétieur.

T.R. : induration limitée de la taille d'un haricot.

Le 5 *novembre* 1938 : crise abdominale aiguë fébrile 2 jours avant les règles. Douleurs lombaires.

Examen :

IV : On sent dans le cul de sac postérieur un peu à droite de la ligne médiane une induration irrégulière et très douloureuse.

Le 7 *novembre* intervention : tumeur retro-utérine.

17 *janvier* 1938 : Utérus en position normale mobile. plus de douleurs.

Observation N° 28. — B..., Simone, 28 ans.

31 *janvier* 1938 : douleurs dans le bas-ventre depuis 1 mois 1/2 avec métrorragies. Les dernières règles sont du 18 au 24 décembre, puis 8 jours plus tard quelques pertes peu abondantes. Arrêt. Vers le 10 janvier pertes de sang abondantes, analogues aux règles jusqu'au 16. Depuis pertes de sang intermittantes, pertes blanches abondantes tachant le linge.

Antécédents : fibrome diagnostiqué lors d'un accouchement il y a 5 ans.

Examen : T.V. : cul de sac droit un peu empâté ; douleurs à la mobilisation de gauche à droite.

P H Vaginal 5/5.

Spéculum : endocervicite : érosion discrète.

Lugol : brun acajou foncé avec sur la lèvre postérieure quelques taches brun clair.

Ondes courtes.

Ionisation

14 *mars* 1938 : les pertes ont repris 8 jours après les dernières règles et ont duré 3 jours, très peu abondantes

Les pertes blanches ont augmenté d'abondance depuis 15 jours, nausées au moment des repas et bouffées de chaleur.

Examen : T.V. : grosse annexite droite douloureuse et fixée

S : gros col.

Lugol : petite tache blanche sur le col.

Gonoréaction : D +
I P +

Calmovarine

Septoplix

Repos au lit.

16 *mars* 1938 :

Ne peut supporter le traitement, douleurs dans le bas-ventre, température à 38° la veille.

Examen :

T.V. : Utérus petit en position normale.

Ovaire droit douloureux et gros.

Cul de sac gauche très empâté : masse annexielle mal délimitée.

18 *mars* 1/4 vaccin P.P. mèche ficelle.

22 *mars* 1/4 vaccin P'P' mèche.

Observation N° 29. — R..., Léonie.

13 *mars* 1938 : Vient pour ankylose du coude droit en flexion et pronation, chaleur locale, atrophie sus et sous articulaires, ganglions dans l'aisselle.

Antécédents : opérée de la vésicule biliaire en 1936 puis envoyée en préventorium parce qu'on avait trouvé des cellules géantes dans la biopsie.

Règles normales.

Troubles digestifs.

23 *mars* 1939 : Petits craquements à la mobilisation atrophie musculaire considérable, limitation des mouvements, ganglions épitrochléen.

Plâtre.

23 *mars* : examen gynécologique. Gros col. œufs de Naboth assez nombreux autour de l'orifice zone ne prenant pas de lugol.

Biopsie d'endométrie : inflammation nodulaire à cellules géantes.

Observation N° 30. — B..., Eliane, 25 ans.

Le 10 *octobre* 1938 : vient pour aménorrhée qui s'est installée progressivement depuis 3 ans. En 1938 elle n'a absolument pas été réglée. Quelques douleurs, bouffées de chaleur, gonflement des seins au moment présumé des règles.

Brûlures à la miction. A engraissé de 8 kg. en un an.

Pertes blanches jaunâtres abondantes, incessantes.

Antécédents : pas d'enfants, pas de fausse-couche.

Péritonite à 11 ans.

Examen : Utérus normal. Lugol normal.

14 *octobre* : petite ulcération au pourtour de l'orifice cervical, lugol foncé.

Biopsie d'endomètre infiltration nodulaire inflammatoire avec cellules géantes

14 *novembre* : pertes blanches très abondantes.

22 *novembre* : au palper : rien.

T.V. : col normal, utérus dévié à droite, pas d'annexite, pertes blanches.

6 décembre : glaire cervicale d'aspect grumeleux

Ovaire droit augmenté de volume.

20 *décembre* : Depuis le début des U.V. élancements dans le bas-ventre à droite et à gauche.

T.V. : annexe droite allongée, un peu empâtée.

annexe gauche sensible.

3 *janvier* : sur la partie inférieure des jambes papules érythémateuses légèrement prurigineuses et indurées.

Rubrophène.

Masse à droite et à gauche.

7 *février* 1939 : Prurit généralisé, après 8 comprimés de rubrophène : fatigue, diarrhée, pas de règles, pertes blanches. Annexe gauche sensible.

Aucun empâtement.

Annexes non perceptibles.

Ondes courtes à faire.

7 *mars* 1939 pertes vaginales grisâtres.

Biopsie d'endomètre : infiltration nodulaires à cellules géantes.

T.V. rétroversion utérine avec légère flexion.

Douleurs bilatérales dans l'aine à gauche, un peu plus haut à droite.

18 *avril* : Amaigrissement de 2 kg. depuis août 1938

Annexe gauche un peu empâtée et douloureuse.

20 *avril* : rétroversion, à gauche on ne sent pas les annexes. à droite on sent l'ovaire.

Réaction inflammatoire du tissu conjonctif pelvien

R.X. à petites doses.

Observation N° 31. — L..., Elise : 37 ans.

Etait déjà venue consulter en 1933 pour stérilité et aménorrhée, améliorée momentanément par électro-coagulation.

Imperméabilité tubaire à l'insufflation.

Antécédents : pas d'enfants, pas de fausse-couche.

Les troubles ayant repris, on lui fait 10 séances de diathermie en 1935 et de la folliculine qui semble donner de bons résultats.

Amaigrissement de 3 kg. en 2 mois.

Le 13 septembre 1935 : trompes perméables à l'insufflation.

14 *novembre* : pas d'amélioration, règles très peu abondantes et douloureuses.

L'aménorrhée s'accentue l'année suivante :

12 *novembre* 1936 : masse annexielle douloureuse gauche du volume d'une mandarine, douleur au niveau de l'annexe droite.

13 *et* 20 *novembre* : insufflation douloureuse.

Ondes courtes : 12 séances au cours desquelles l'insufflation reste négative.

1er *mai* 1937 : à l'insufflation courbe de stenose.

1er *octobre* 1937 : biopsie d'endomètre : fragments de glandes cervicales en activité secrétoire, réaction œdemateuse, présence de cellules géantes avec couronne de lymphocytes : bacillose probable.

22 *octobre* 1937 : insufflation : passage continu, bruit de sténose.

23 *novembre* : pas de règles depuis 5 mois, douleurs continues dans le bas-ventre avec parfois des paroxysmes qui s'accompagnent de pertes jaunâtres empesant le linge.

Examen : utérus petit, rétroversé, annexe droite un peu douloureuse.

U.V.

22 *décembre* : annexe gauche légèrement empâtée et sensible.

15 *janvier* 1939 : A eu le 6 des douleurs abdominales et de la céphalée comme avant ses règles.

T.V. : masse annexielle droite.

17 *janvier* : prend du rubrophène depuis le 15, glaires un peu troubles

Aucune douleur.

Utérus ferme non distendu.

Trompe droite très postérieure avec 2 nodules.

Ovaires non perçus.

24 *février* 1939 : a continué le rubrophène, diarrhée et irritation dentaire.

7 *mars* : toujours 6 comprimés de rubrophène, diarrhée et céphalée ont persistés, pertes blanches empesant le linge.

T.V. : à droite masse molle peu sensible, à gauche rétraction du paramètre non douloureuse.

27 *mars* : toujours pas de règles.

T.V. : Aucune lésion annexielle perceptible.

24 *avril* : Pas de règle. Souffre toujours du bas-ventre mais moins qu'autrefois.

Examen : Glaires d'aspect un peu gélatineux, annexe gauche légèrement indurée, droite non perçue.

22 *mai* : pas de règles depuis 1 an 1/2, douleurs dans le bas-ventre.

CONCLUSIONS

1° Les annexites chroniques sont d'étiologie très diverse. Beaucoup de thérapeutiques semblent sans spécificité étiologique et il pourrait sembler sans importance de faire un diagnostic étiologique précis. Il est cependant nuisible de faire un traitement vaccinothérapique diathermique ou thermal dans un cas de tuberculose. Il peut être utile d'associer une chimiothérapie ou une vaccinothérapie spécifique au traitement physiothérapique ou thermal d'une annexite chronique d'origine gonococcique.

2° Souvent l'étude des commémoratifs et des signes cliniques ne fournit que des présomptions sur l'étiologie d'une annexite chronique.

3° Pour le diagnostic de l'origine gonococcique la recherche du gonocoque par des frottis ne permet d'af-

firmer cette origine que dans 5% des cas alors que la gonoréaction permet de l'affirmer dans plus de 50% des cas étudiés.

4° Pour le diagnostic de l'origine tuberculeuse la biopsie d'endomètre peut fournir un appoint précieux si elle montre la présence de follicules typiques.

Vu : Le Doyen.
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

BENDER et PIERRA. — *Les inflammations péri-utéro annexielles et leur traitement hydro minéral.*

BOLLER et MAKRYCOSTAS. — « Die chronische pericholecystitis bei gonorrhoischen. Adnexerkaukungen und ihre », *Behandlung Kl. Woch*, 18 août 1934.

CLAUDIAN et FLORIAN. — « Le syndrome abdominal supérieur et pleuro-diaphragmatique aigu au cours des annexites gonococciques », *Ann. de Méd.*, janvier 1938.

CUKOR. — *Etat actuel du traitement des salpingo-ovarites chroniques.*

DANIEL. — *Salpingo ovarites. Traitement conservateur.*

DESNOS. — *La thérapeutique hydro minérale en gynécologie*, Thèse, Paris, 1926.

EUGENIO MAURO. — « Le syndrome abdominal droit supérieur au cours des annexites gonococciques », *Presse Médicale*, 28 décembre 1938.

FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale.*

FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie*, 1916.

GONET (Henriette). — *Etude technique de quelques traitements physiothérapiques dans les annexites puerpérales*, thèse, Paris, 1933.

GREENBERG. — Sur 200 cas de tuberculose annexielle observés au *John Hopkins hopital.* In collected papers of nembers of Department of gynecology.

MOCQUOT, PALMER, DEMANCHE. — « Importance et signification de la gonoréaction dans les métrites paramétrites et annexites subaiguës et chroniques », *Bulletin Société de gynécologie*, mars 1938.

PHILIPPE. — *Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle*, thèse, Lille, 1926.

REMINSAT. — *Etude du traitement des salpingo-ovarites chroniques*, thèse, Montpellier, 1911.

Imp. F. BOISSEAU, Rue du Taur, 34 - TOULOUSE